INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

Zoom santé

Décembre 2015 | Numéro 54

Santé et compétences en traitement de l'information : des liens révélateurs

Résultats québécois du *Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes* (PEICA)

Francine Bernèche[1]

INTRODUCTION

L'intérêt accordé aux compétences des individus en traitement de l'information s'inscrit d'entrée de jeu dans le contexte de la productivité des travailleurs et de leur rémunération au sein de sociétés de plus en plus développées sur le plan des technologies de l'information et des communications. L'acquisition et le maintien de ces compétences demandent, par ailleurs, de porter une attention particulière à la scolarisation et à la formation non formelle, comme l'indique le rapport sur les compétences des adultes québécois[2] produit à partir des données du *Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes* (PEICA). Bien que les recherches en matière d'alphabétisation et de santé au Canada datent de près de 30 ans[3], l'importance des liens entre les compétences des adultes et leur santé ne s'impose pas aussi directement à l'esprit que ceux touchant le travail ou l'éducation et doit être soulignée, car ces liens peuvent avoir des répercussions sur le bien-être individuel et collectif.

À l'échelle internationale, des travaux de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), basés sur les données du PEICA, ont examiné les liens entre les compétences clés des individus et plusieurs aspects du bien-être individuel et collectif. Outre la participation au marché du travail, l'emploi et la rémunération, les indicateurs retenus incluent la santé, la participation à des activités associatives ou bénévoles, le sentiment d'influencer le processus politique et la confiance en autrui. Selon un premier rapport[4], les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques (RP-ET) sont corrélées positivement avec ces indicateurs. Plus précisément, pour ce qui est des dimensions sanitaire et sociale, les personnes ayant des compétences très faibles en littératie sont plus susceptibles de déclarer une mauvaise santé, de ne pas mener d'activités associatives ou bénévoles, de considérer avoir peu d'influence sur le plan politique ou de faire peu confiance à autrui.

---

1. L'auteure tient à remercier Amélie Ducharme, Hadi Eid et Marie-Pier Labrie pour le traitement des données ainsi que Monique Bordeleau, Hélène Desrosiers, Virginie Nanhou, Ghyslaine Neill et Bertrand Perron pour leurs commentaires sur la version préliminaire de cette publication.

2. H. DESROSIERS, V. NANHOU, A. DUCHARME, L. CLOUTIER-VILLENEUVE, M.-A. GAUTHIER et M.-P. LABRIE (2015), *Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques : des clefs pour relever les défis du XXI^e siècle. Rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes* (PEICA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 249 p.

3. I. ROOTMAN, et B. RONSON (2006), *Recherche sur l'alphabétisation et la santé au Canada : examen rétrospectif et prospectif*, Alberta, Institut de recherche en santé du Canada, 137 p.

4. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE) (2013), « Les compétences clés et le bien-être économique et social », dans *Perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013. Premiers résultats de l'Évaluation des compétences des adultes*, Paris, Éditions OCDE, chapitre 6, p. 239-266.

Québec

Des compétences pour l'amélioration de la santé et la prévention

Être capable d'obtenir de l'information sur la santé, de comprendre et d'utiliser des renseignements médicaux, d'interagir avec les professionnels de la santé et de s'orienter dans le système de santé constituent autant de facteurs qui influent sur la prévention de la maladie et l'amélioration de la santé des individus[5]. Ces aptitudes sont particulièrement importantes dans un contexte où la participation des usagers à la gestion de leurs problèmes de santé est préconisée, notamment chez les personnes atteintes d'une maladie chronique, qui comptent relativement plus de grands utilisateurs des services sociaux et de santé[6]. Or, à l'échelle du Canada, les personnes qui présentent les niveaux les plus faibles de littératie en santé, c'est-à-dire qui ont des difficultés à repérer et à comprendre l'information, à l'évaluer et à la transmettre pour conserver et améliorer leur santé, sont plus susceptibles[7] d'avoir un état de santé moyen ou mauvais que celles atteignant les niveaux les plus élevés de compétence à cet égard[8].

Des articles portant sur différents groupes de population soulignent leur situation particulière quant aux difficultés d'accès aux soins et services ainsi qu'aux besoins d'information en santé. Les difficultés de communication et de compréhension chez les personnes âgées présentant une déficience intellectuelle[9], les obstacles linguistiques et culturels auxquels sont confrontés nombre de nouveaux arrivants au pays[10] ainsi que les approches au regard de la connaissance et de la santé propres aux peuples autochtones[11] demandent de considérer la littératie en santé comme un enjeu sociétal. Or, d'autres groupes de population peuvent aussi rencontrer des difficultés d'accès à l'information en santé.

Ce qu'on sait depuis l'EIACA 2003

Les résultats de l'*Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA), menée en 2003, ont montré que le niveau de compétence en compréhension de textes suivis était associé de façon positive à l'état de santé de la population québécoise, les personnes en bonne santé obtenant des résultats supérieurs à ceux des personnes qui ne le sont pas[12]. Ces données ont aussi permis de constater que l'association avec ces compétences pouvait être décelée pour l'état de santé physique, mais pas pour l'état de santé mentale.

Les données de l'EIACA ont été utilisées ultérieurement pour mesurer la littératie en santé. Les résultats révèlent, entre autres, que des lacunes en cette matière sont observées en plus forte proportion chez les personnes qui ne se considèrent pas en bonne santé[13].

L'enquête menée en 2011 et 2012 par Statistique Canada dans le cadre du PEICA (voir l'encadré sur l'enquête à la p. 14) permet de documenter, à l'aide de données plus récentes, la question des liens entre la santé et les compétences clés en traitement de l'information. Toutefois, il est à noter que les concepts et les instruments utilisés dans cette dernière enquête diffèrent de ceux de l'EIACA et que la population des plus de 65 ans n'est pas visée.

PRÉSENTATION DES OBJECTIFS ET DES INDICATEURS

Cette publication vise à décrire les liens existant entre la santé, d'une part, et les compétences des adultes québécois (16-65 ans) en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques (RP-ET), d'autre part. Deux indicateurs de santé sont utilisés, soit la perception de l'état de santé et la présence d'un problème de santé chronique, avec ou sans limitation d'activités. Pour chacun d'eux, un portrait global des compétences dans les trois domaines mentionnés est tracé, avant de regarder leurs variations en littératie et en numératie selon quatre variables sociodémographiques : le sexe, l'âge, le plus haut niveau de scolarité atteint et l'activité principale. En utilisant ces variables comme variables de contrôle, il sera possible de voir dans quelle mesure les associations entre les indicateurs de santé et les compétences notées pour l'ensemble valent aussi pour différents groupes de population.

---

5. M. T. MASINDA (2007), « Littératie de la santé et éducation pour la santé : que signifient ces termes dans le milieu francophone? », *IUHPE – Promotion & Education*, vol. XIV, nº 1, p. 44-47.
6. L. CAZALE, I. TRAORÉ et C. FOURNIER (2011), « Les Québécois atteints d'un problème de santé chronique entraînant des limitations d'activités sont-ils satisfaits des services de santé et des services sociaux reçus? », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, nº 24, février, 12 p.
7. Constatation avérée à la suite d'une analyse contrôlant l'effet de certaines caractéristiques, telles que l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, la langue maternelle et le statut d'immigrant ou d'autochtone.
8. CONSEIL CANADIEN DE L'APPRENTISSAGE (CCA) (2008), « Littératie en santé au Canada. Une question de bien-être », Ottawa, CCA, 41 p.
9. L. LECLAIR ARVISAIS, et J. RUEL (2009), « Personnes vieillissantes, information et littératie », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 20, p. 106-113.
10. M. S. ZANCHETTA, et I. M. POURESLAMI (2006), « Littératie en matière de santé dans la réalité des immigrants, sur le plan de la culture et de la langue », *Canadian journal of public health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, suppl. 2, mai-juin, p. S28-S33.
11. J. SMYLIE, L. WILLIAMS et N. COOPER (2006), "Culture-based literacy and Aboriginal health", *Canadian journal of public health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, suppl. 2, mai-juin, p. S21-S25.
12. F. BERNÈCHE, et I. TRAORÉ (2007), « Y a-t-il des liens entre la littératie et la santé? Ce que montrent les résultats de l'*Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003* », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, nº 10, novembre, 4 p.
13. F. BERNÈCHE, I. TRAORÉ et B. PERRON (2012), « Littératie en santé : compétences, groupes cibles et facteurs favorables. Résultats québécois de l'*Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003* », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, nº 35, février, 8 p.

Domaines et niveaux de compétence

Dans l'enquête, chacune des trois compétences clés (voir l'encadré sur les domaines de compétence ci-dessous) a fait l'objet de mesures à partir des tâches que les répondants devaient accomplir dans le cadre de l'évaluation directe des compétences. La correction des tâches complétées a donné lieu à l'attribution de scores (variable continue), lesquels ont ensuite été regroupés par niveau reflétant certains degrés de compétence (variable catégorielle ordinale).

Le découpage en six niveaux de compétence est semblable pour la littératie et la numératie (tableau 1). Compte tenu des faibles effectifs se trouvant au niveau le plus élevé, les niveaux 4 et 5 ont été regroupés pour les fins de l'analyse. Dans le cadre de cette publication, un indicateur combinant les niveaux 3, 4 et 5 sera également utilisé pour distinguer les adultes mieux outillés en matière de littératie ou de numératie de ceux qui le sont moins (niveaux regroupés : inférieur à 1, 1 et 2).

En ce qui a trait à la RP-ET, elle compte quatre niveaux de compétence et une catégorie de non-répondants de l'évaluation (tableau 2). Les individus classés dans cette dernière catégorie sont fort susceptibles d'avoir des compétences réduites en RP-ET.

Les tableaux présentés ci-dessous donnent, pour chaque niveau de compétence, quelques exemples tirés de l'ensemble des tâches exécutées par les répondants lors de l'évaluation. Ces exemples permettent d'avoir une idée de la mise en pratique des compétences. Par ailleurs, le rapport québécois du PEICA[14] peut être consulté pour avoir une description plus complète des compétences, aptitudes ou capacités correspondant aux différents niveaux pour les trois domaines de compétence.

DÉFINITION DES DOMAINES DE COMPÉTENCE

Littératie : « capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'engager dans des *textes écrits* pour participer à la société, pour accomplir ses objectifs et pour développer ses connaissances et son potentiel » (OCDE, 2014. *L'Évaluation des compétences des adultes : Manuel à l'usage des lecteurs*, Paris, Éditions OCDE, p. 20).

Numératie : « capacité de localiser, d'utiliser, d'interpréter et de communiquer de l'information et des concepts mathématiques afin de s'engager et de gérer les demandes mathématiques de tout un éventail de situations de la vie adulte » (OCDE, 2014. *Ibid.*).

Résolution de problèmes dans des environnements technologiques (RP-ET) : « capacité d'utiliser les technologies numériques, les outils de communication et les réseaux pour acquérir et évaluer de l'information, communiquer avec autrui et accomplir des tâches pratiques » (OCDE, 2014. *Ibid.*).

Tableau 1
Exemples de tâches correspondant aux niveaux de compétence en littératie et en numératie

Niveau	Littératie	Numératie
Inférieur au niveau 1 *(Échelon le plus bas)*	Situer dans un texte court et continu une information identique à celle donnée dans une question	Identifier la date d'emballage d'un produit en lisant son étiquette
Niveau 1	Remplir des formulaires simples	Calculer le nombre de couches de bougies chauffe-plat dans une boîte de 105 bougies classées en cinq rangées de 7 bougies
Niveau 2	Trouver sur une page Internet le numéro de téléphone de l'organisateur d'un évènement	Repérer une erreur dans un graphique
Niveau 3	Séparer des informations qui sont hors sujet de celles qui sont correctes pour fournir la bonne réponse	Identifier, parmi plusieurs, le plan qui correspond à une boîte fabriquée en feuilles de carton pliées
Niveau 4	Interpréter et évaluer des affirmations au sein d'un discours.	Calculer la moyenne des dépenses totales d'une compagnie pour les trois derniers mois, selon un tableau des dépenses et revenus
Niveau 5 *(Échelon le plus élevé)*	Sélectionner des informations clés et évaluer la fiabilité des sources d'information	Utiliser les statistiques avancées ou la trigonométrie pour résoudre un problème

Source : Adaptation de diverses sources présentée dans H. Desrosiers, V. Nanhou, M.-P. Labrie et A. Ducharme (2015). « Aspects conceptuels et méthodologiques », dans Desrosiers, H. (dir.), *Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques : des clefs pour relever les défis du XXIe siècle, Rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes* (PEICA), Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 1, p. 46.

14. H. DESROSIERS, V. NANHOU, A. DUCHARME, L. CLOUTIER-VILLENEUVE, M.-A. GAUTHIER et M.-P. LABRIE (2015), *Op. cit.*

Tableau 2
Exemples de tâches correspondant aux niveaux de compétence en résolution de problèmes dans des environnements technologiques (RP-ET) et définition des non-répondants de l'évaluation de la RP-ET

Niveau	Résolution de problèmes dans des environnements technologiques
Inférieur au niveau 1	Naviguer sur Internet
Niveau 1	Classer des courriers électroniques dans des dossiers préexistants.
Niveau 2	Répondre à une demande de renseignements à partir d'une feuille de calcul et du courrier électronique
Niveau 3	Gérer plusieurs demandes de réservation d'une salle de réunions pour une date donnée à l'aide d'un système de réservation
Non-répondants de l'évaluation de la RP-ET *(aucun score)*	Personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes : aucune expérience informatique ; échec au test informatique de base ; refus de passer le test informatisé malgré une certaine expérience informatique

Source: Adaptation de diverses sources présentée dans H. DESROSIERS, V. NANHOU, M.-P. LABRIE et A. DUCHARME (2015). « Aspects conceptuels et méthodologiques », dans Desrosiers, H. (dir.), *Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques : des clefs pour relever les défis du XXIe siècle, Rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes* (PEICA), Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 1, p. 47.

Indicateurs de santé

Alors que les données de l'EIACA étaient basées sur deux échelles de mesure de la santé (l'une pour la composante physique et l'autre pour la composante mentale), les résultats du PEICA concernent la perception de la santé générale et la présence d'un problème de santé chronique, avec ou sans limitation d'activités.

Dans le PEICA, ces indicateurs de santé sont construits à partir de trois questions :

- « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise ? » Il peut s'agir de la santé physique ou mentale.

La question évalue la **perception de l'état de santé**, généralement reconnue comme un indicateur fiable et valide de la santé[15, 16]. Les données ont été regroupées en trois catégories aux fins de l'analyse : état de santé excellent ou très bon ; bon ; passable ou mauvais. Les personnes ayant indiqué que leur santé est « passable ou mauvaise » sont considérées comme ne s'estimant pas en bonne santé.

- « Avez-vous une maladie ou un problème de santé de longue durée, c'est-à-dire d'une durée d'au moins 6 mois ou prévu pour 6 mois ou plus ? »

La question vise à estimer la **proportion de personnes présentant une maladie ou un problème de santé de longue durée**. L'expression plus concise « problème de santé chronique », ou « maladie chronique », sera utilisée dans la suite du texte. Dans les faits, les personnes qui déclarent un tel problème peuvent en avoir plus d'un[17] : l'indicateur permet donc plus précisément d'estimer la proportion de personnes ayant au moins un problème de santé chronique.

- Si la personne a répondu « oui » à la question précédente, la question suivante lui est posée :

  « Dans quelle mesure êtes-vous limité dans vos activités habituelles à cause de ce problème de santé ? Diriez-vous que vous êtes grandement, moyennement ou pas du tout limité ? »

La question porte sur les **limitations d'activités chez les personnes atteintes d'un problème de santé chronique**, lesquelles « peuvent toucher divers domaines, tels que les activités à la maison, au travail ou à l'école ainsi que les déplacements ou les loisirs »[18]. Il importe de signaler que cet indicateur ne tient pas compte de toutes les personnes limitées dans leurs activités, car la question ne s'adresse pas à celles qui n'ont déclaré aucun problème de santé chronique. Or, parmi ces dernières, on peut retrouver des personnes ayant une incapacité qu'elles attribuent à d'autres causes (survenue d'un accident, conditions liées au travail, déficience ou condition présente à la naissance, etc.).

Afin d'appuyer l'interprétation des résultats du PEICA, quelques caractéristiques de la population concernée sont présentées dans un tableau situé en annexe. Ce tableau permet de voir la répartition de la population québécoise âgée de 16 à 65 ans selon la perception de l'état de santé et la présence d'un problème de santé chronique. Cette répartition est faite pour l'ensemble de la population, mais aussi selon le sexe, le groupe d'âge, le plus haut niveau de scolarité atteint et l'activité principale des individus.

15. M. BORDELEAU, et I. TRAORÉ (2007), « Santé générale, santé mentale et stress au Québec. Regard sur les liens avec l'âge, le sexe, la scolarité et le revenu. Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, nº 7, juin, 4 p.
16. M. SHIELDS, et S. SHOOSHTAN (2001), « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, nº 1, Statistique Canada (82-003), décembre, p. 39-63.
17. Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) *2007-2008*, les personnes ayant deux maladies chroniques ou plus représentent, au Québec, moins de 5 % des 12-44 ans, 17 % des 45-64 ans, 38 % des 65-79 ans et 52 % des 80 ans et plus (F. Bernèche, L. Cazale et V. Dumitru, 2008. « Les maladies chroniques : des facteurs multiples, des liens complexes », dans *Portrait social du Québec. Données et analyses*, Institut de la statistique du Québec, chapitre 3, p. 66-87).
18. L. CAZALE, I. TRAORÉ et C. FOURNIER (2011), *Op. cit.*, p. 3.

PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET COMPÉTENCES

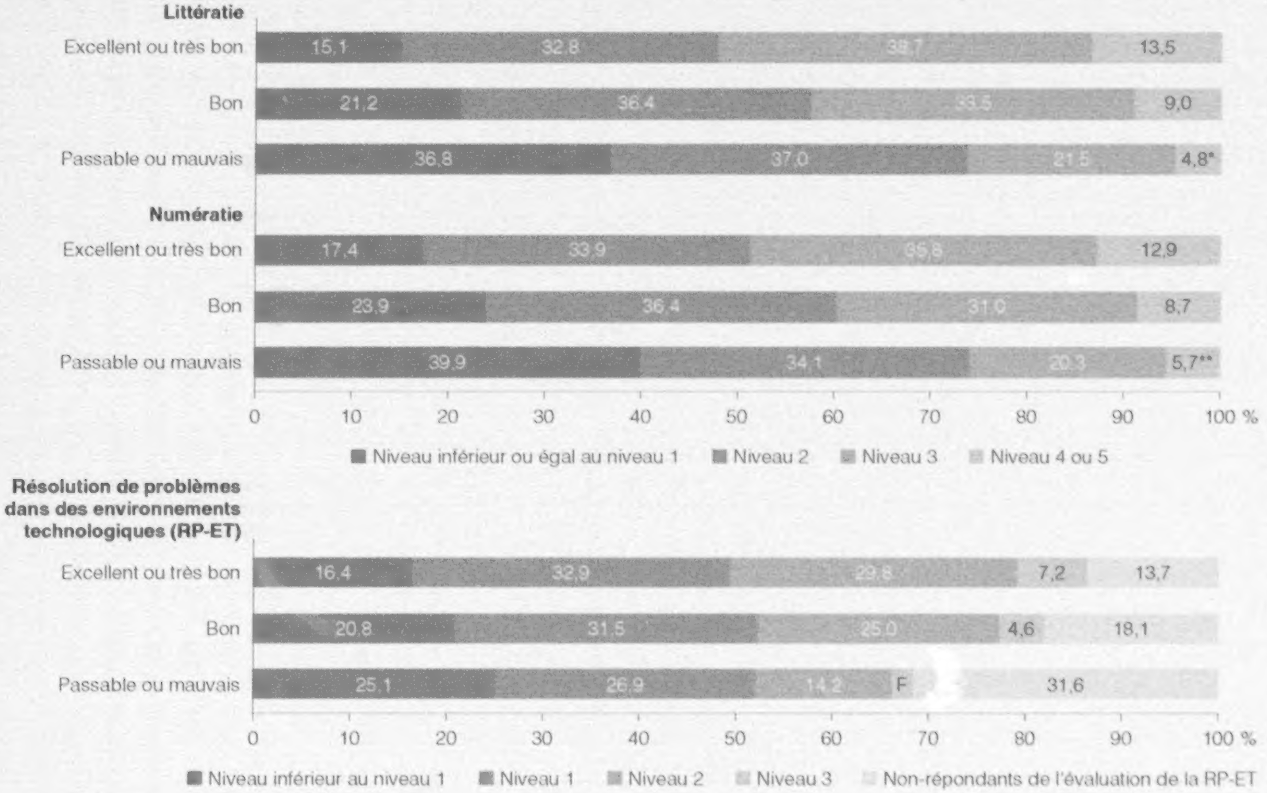
Portrait global

Les données du PEICA montrent d'emblée que les compétences des adultes âgés de 16 à 65 ans varient selon la perception qu'ils ont de leur état de santé. À l'échelle du Québec, environ 21 % des personnes estimant avoir une santé passable ou mauvaise[19] se classent au niveau 3 en littératie et 4,8 %, au niveau 4 ou 5 (figure 1). Les proportions sont nettement supérieures pour les personnes se trouvant en bonne santé (33 % et 9 % respectivement), et elles le sont encore plus pour celles qui disent jouir d'une santé excellente ou très bonne (39 % et 13 %).

Les mêmes observations peuvent être faites pour la numératie (figure 1). Au niveau 4 ou 5, on ne détecte toutefois pas de différence significative entre la proportion correspondant à un état de santé jugé bon et celle relative à un état perçu comme passable ou mauvais. Cela peut être dû en partie à la faible précision des données aux plus hauts niveaux de compétence dans cette dernière catégorie.

Plus favorable est la perception de l'état de santé, plus grandes sont les proportions de personnes ayant des compétences élevées en littératie, en numératie et en RP-ET.

Figure 1
Niveaux de compétence en littératie, en numératie et en RP-ET selon la perception de l'état de santé[1], population de 16 à 65 ans, Québec, 2012



* Coefficient de variation compris entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation compris entre 25 % et 33 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
F Donnée peu fiable ; ne peut être diffusée.
1. Association entre la perception de l'état de santé et les niveaux de compétence significative au seuil de 0,05.
Source : Statistique Canada, *Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes* (PEICA), 2012, fichier de partage, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

19. Selon le PEICA, environ 9 % des adultes québécois (16-65 ans) estiment ne pas être en bonne santé, alors que 30 % perçoivent leur santé comme bonne et 61 % l'évaluent comme très bonne ou excellente (tableau A).

À l'autre extrémité de l'échelle des compétences, soit au niveau inférieur ou égal au niveau 1, on note aussi des écarts significatifs entre les différentes catégories de santé perçue, à l'avantage des personnes s'estimant en meilleure santé. Ainsi, par rapport à la catégorie « passable ou mauvais », la proportion d'adultes affichant de faibles compétences est de beaucoup inférieure dans la catégorie « excellent ou très bon », et ce, tant en littératie (37 % c. 15 %) qu'en numératie (40 % c. 17 %). Il en est de même pour les personnes indiquant être en bonne santé : elles sont proportionnellement plus nombreuses à avoir de faibles compétences que celles évaluant leur santé comme excellente ou très bonne, mais moins nombreuses que celles la jugeant passable ou mauvaise (figure 1).

Pour ce qui est de la RP-ET, les résultats montrent qu'environ 25 % des personnes ne se percevant pas en bonne santé se classent au niveau inférieur au niveau 1, soit davantage que celles déclarant être en excellente ou très bonne santé (16 %). En outre, 32 % des personnes de santé passable ou mauvaise n'ont pas effectué les tâches relatives à l'évaluation de la RP-ET (non-répondants), ce qui laisse supposer que le manque de compétences dans ce domaine puisse être encore plus important. En comparaison, on retrouve 14 % de non-répondants chez les personnes en excellente ou très bonne santé (figure 1). Comme on s'y attendait, ces dernières se distinguent des deux autres catégories par des proportions plus fortes aux niveaux les plus élevés de l'échelle des compétences (niveaux 2 et 3).

Variations selon diverses caractéristiques sociodémographiques

Tant chez les hommes que chez les femmes, la proportion des personnes se situant à un niveau de compétence égal ou supérieur au niveau 3 s'accroît avec l'amélioration de la perception de l'état de santé. En littératie, elle passe de près du quart chez celles qui ne s'estiment pas en bonne santé à environ la moitié lorsque la santé est perçue comme excellente ou très bonne (tableau 3). Les proportions sont du même ordre en numératie.

Les compétences en littératie et en numératie varient positivement selon la perception de l'état de santé pour les hommes comme pour les femmes ainsi que chez les 25-44 ans et les 45-65 ans.

La relation positive entre la perception de l'état de santé et les compétences est également notée chez les adultes se trouvant dans les groupes d'âge 25-44 ans et 45-65 ans. En littératie, la proportion des 25-44 ans qui atteignent le niveau 3 ou un niveau supérieur est plus faible parmi ceux qui évaluent négativement leur santé (37 % c. 62 %, santé très bonne ou excellente). Chez les 45-65 ans, ces proportions sont de 19 % par rapport à 41 % (tableau 3). Ici encore, des constatations semblables peuvent être faites en numératie.

Même si les proportions observées paraissent suivre la même tendance, l'association entre santé perçue et compétences n'est pas détectée chez les 16-24 ans. Il se pourrait qu'elle ne le soit pas en raison des faibles effectifs de jeunes estimant ne pas être en bonne santé. On peut aussi émettre l'hypothèse que les jeunes paraissant généralement mieux outillés en matière de compétences clés que les adultes les plus âgés, les écarts entre eux sont moins marqués.

En littératie comme en numératie, les compétences varient selon la perception de l'état de santé à la fois chez les personnes moins scolarisées et chez les plus scolarisées. Par exemple, les individus sans diplôme d'études secondaires (DES) et les titulaires d'un DES se retrouvent en plus faible proportion au niveau 3, 4 ou 5 s'ils déclarent un état de santé passable ou mauvais que s'ils l'évaluent comme excellent ou très bon (tableau 3). Il en est de même pour le groupe des diplômés universitaires détenteurs d'un baccalauréat ou d'un grade supérieur. Par ailleurs, les données ne montrent pas d'association entre la perception de l'état de santé et les compétences chez les personnes ayant fait des études postsecondaires de niveau inférieur au baccalauréat. En littératie cependant, on décèle dans ce groupe une tendance à obtenir de meilleurs résultats quand la santé perçue est plus favorable ($p = 0,079$).

Qu'ils soient en emploi ou non, les adultes québécois se retrouvent en proportion moindre aux niveaux plus élevés de compétence s'ils ne se considèrent pas en bonne santé. Font exception les personnes poursuivant des études (aucune association décelée). Dans la population en emploi, environ 35 % des personnes percevant leur santé comme passable ou mauvaise atteignent ou dépassent le niveau 3 en littératie. La proportion augmente à 55 % chez celles qui s'estiment en excellente ou très bonne santé (tableau 3). En numératie, la proportion passe de 36 % à 51 %.

Les résultats vont dans le même sens pour la catégorie « Chômeur ou autre », composée de personnes qui ne sont ni en emploi ni aux études. Dans ce groupe, les proportions au niveau 3 ou plus en littératie sont nettement moins importantes lorsque la santé est perçue comme passable ou mauvaise (16 %) que lorsqu'elle est jugée excellente ou très bonne (38 %). Ce constat s'applique également à la numératie (15 % c. 33 %). Il importe de souligner que la catégorie « autre » peut compter relativement plus de personnes âgées de 45 à 65 ans, un groupe d'âge où l'on retrouve de plus fortes proportions de personnes avec de faibles compétences[20].

Tableau 3
Proportion de la population de 16 à 65 ans se classant au niveau 3, 4 ou 5 des échelles des compétences en littératie et en numératie selon certaines caractéristiques sociodémographiques et la perception de l'état de santé, Québec, 2012

	LITTÉRATIE			NUMÉRATIE		
	Perception de l'état de santé			Perception de l'état de santé		
	Excellent ou très bon	Bon	Passable ou mauvais	Excellent ou très bon	Bon	Passable ou mauvais
	%					
Ensemble	**52,1**	**42,4**	**26,2**	**48,7**	**39,7**	**26,0**
Sexe						
Hommes[1]	54,0	41,3	27,3	54,5	42,9	29,2
Femmes[1]	50,2	43,7	25,2	42,9	36,4	22,6
Groupe d'âge						
16-24 ans	53,1	49,2	41,9*	52,4	46,0	42,7*
25-44 ans[1]	62,3	52,4	37,2	57,3	48,5	38,6
45-65 ans[1]	41,0	32,8	19,5	38,0	31,1	18,4
Plus haut niveau de scolarité atteint						
Niveau inférieur au diplôme d'études secondaires[1]	18,9	12,3*	F	17,2	10,0*	F
Diplôme d'études secondaires[1]	40,7	33,8	24,2	38,6	32,2	23,6*
Diplôme d'études postsecondaires – niveau inférieur au baccalauréat	61,0	59,3	43,9*	56,2	56,1	46,7*
Diplôme d'études postsecondaires – baccalauréat ou niveau supérieur[1]	76,1	70,5	54,4	71,4	65,7	53,9
Activité principale						
En emploi[1]	55,1	45,1	35,2	51,3	42,5	36,2
Étudiant	57,6	57,4	42,8*	57,3	53,3	41,7*
Chômeur ou autre[1,2]	37,5	30,3	16,4*	33,3	27,7	15,1*

* Coefficient de variation compris entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation compris entre 25 % et 33 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

F Donnée peu fiable ; ne peut être diffusée.

1. Pour cette caractéristique, la proportion de personnes se situant au niveau 3, 4 ou 5 des échelles des compétences en littératie et en numératie varie de façon significative au seuil de 0.05 selon la perception de l'état de santé.
2. La catégorie « autre » comprend les personnes qui, à la question sur leur activité principale, ont répondu : Retraite, préretraite ; Invalidité permanente ; Service militaire ou communautaire obligatoire ; Tâches domestiques ou responsabilités familiales ; Autre.

Source : Statistique Canada, *Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes* (PEICA), 2012, fichier de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

20. H. DESROSIERS, V. NANHOU, A. DUCHARME, L. CLOUTIER-VILLENEUVE, M.-A. GAUTHIER et M.-P. LABRIE (2015), *Op. cit.*

PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE ET COMPÉTENCES

Portrait global

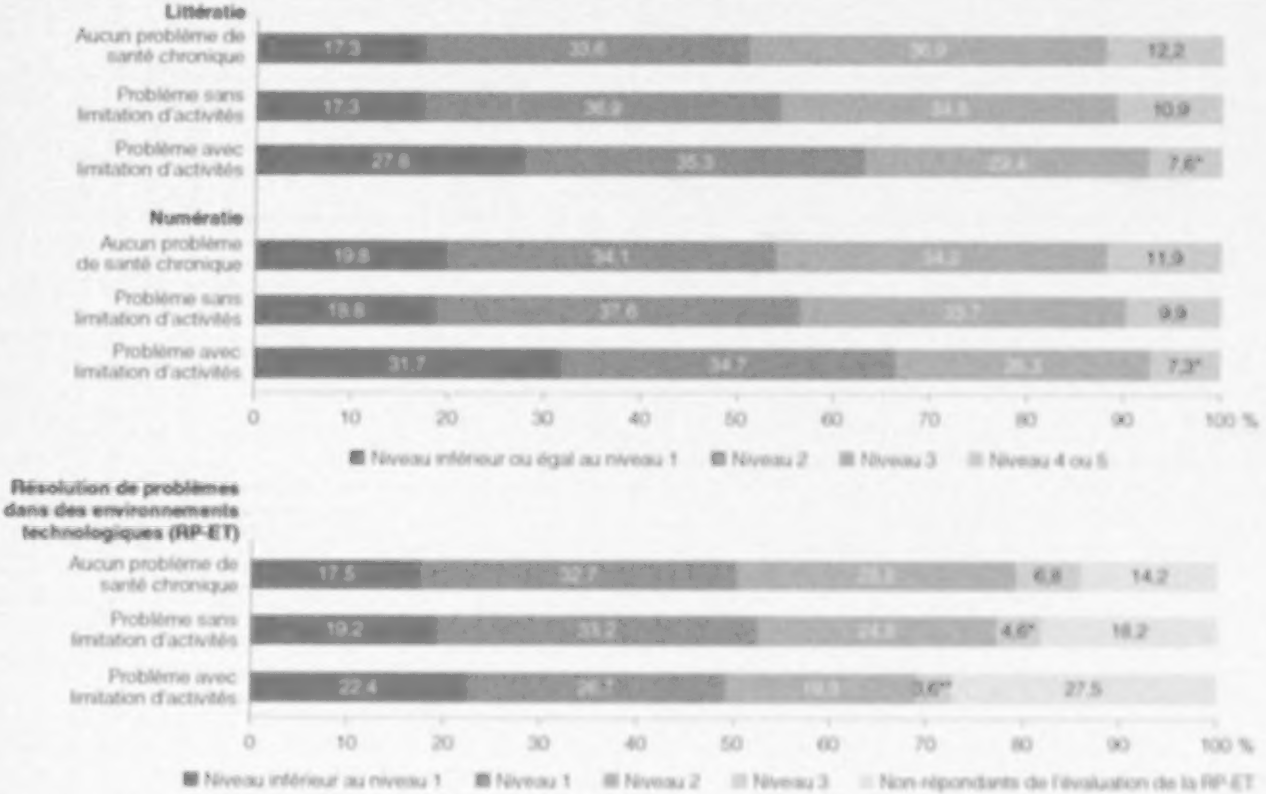
Quel que soit le domaine considéré, les compétences varient significativement en fonction de la présence d'un problème de santé chronique. Dans l'ensemble, les personnes touchées par un tel problème sont proportionnellement moins nombreuses à atteindre les niveaux de compétence plus élevés que celles qui ne le sont pas. En littératie, par exemple, 32 % des premières se retrouvent au niveau 3 par rapport à 37 % des secondes, alors qu'au niveau 4 ou 5, les proportions sont de 9 % comparativement à 12 % (données non présentées). Les résultats sont du même ordre en numératie (30 % c. 34 % au niveau 3 ; 9 % c. 12 % au niveau 4 ou 5).

À l'inverse, aux niveaux de compétence les plus faibles (niveau 1 ou en deçà), les personnes aux prises avec un problème de santé chronique surpassent, en proportion, celles qui n'en ont aucun (23 % c. 17 % en littératie ; 25 % c. 20 % en numératie).

Les différences observées selon la présence d'un problème de santé chronique semblent être attribuables en bonne partie au fait que celui-ci entraîne une limitation d'activités[21], car les personnes non limitées ne se distinguent pas significativement de celles n'ayant déclaré aucun problème[22]. En général, ce sont les personnes limitées en raison d'un

Figure 2

Niveaux de compétence en littératie, en numératie et en RP-ET selon la présence d'un problème de santé chronique[1] avec ou sans limitation d'activités, population de 16 à 65 ans, Québec, 2012



* Coefficient de variation compris entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation compris entre 25 % et 33 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Association entre la présence d'un problème de santé chronique et les niveaux de compétence significative au seuil de 0,05.

Source: Statistique Canada, *Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes* (PEICA), 2012, fichier de partage, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

21. Selon le PEICA, les personnes atteintes d'un problème de santé chronique composent environ 26 % des 16-65 ans au Québec. Ce problème entraîne des limitations d'activités pour la moitié d'entre elles (données non présentées).

22. À une exception près : dans le domaine de la RP-ET, les non-répondants de l'évaluation sont proportionnellement plus nombreux parmi les personnes ayant un problème de santé chronique sans limitation d'activités que parmi celles n'ayant aucun problème de ce type (16 % c. 14 %) (figure 2).

problème de santé chronique qui tendent à se différencier à la fois de celles qui en sont exemptes et de celles dont le problème n'entraîne aucune limitation d'activités (figure 2).

Comparativement aux personnes n'ayant aucun problème de santé chronique, celles qui sont limitées en raison d'un tel problème sont moins nombreuses, en proportion, à atteindre les niveaux de compétence plus élevés.

Ainsi, au niveau inférieur ou égal au niveau 1, les proportions, en littératie, passent de 17 % chez les personnes sans maladie chronique ou sans limitation à 28 % chez celles ayant des limitations dues à une telle maladie et, en numératie, de 20 % environ à 32 % (figure 2). De même, lorsqu'on regroupe les résultats des niveaux 3, 4 et 5, la proportion des personnes limitées est significativement moindre non seulement par rapport à celles n'ayant aucune maladie chronique (37 % c. 49 % en littératie ; 34 % c. 46 % en numératie), mais aussi par rapport à celles n'ayant aucune limitation entraînée par une telle maladie (respectivement 46 % et 44 %)[23] (tableau 4).

En RP-ET, un peu plus du quart des personnes atteintes d'un problème de santé chronique se retrouvent aux niveaux 2 (22 %) et 3 (4,1 %) de l'échelle des compétences (données non présentées), comparativement à plus du tiers (29 % et 7 % respectivement) de celles n'en ayant pas. Inversement, au niveau inférieur au niveau 1, la proportion est plus importante pour les premières que pour les secondes (21 % c. 18 %).

Par ailleurs, les non-répondants de l'évaluation de la RP-ET sont proportionnellement plus nombreux dans le groupe des personnes ayant au moins un problème de santé chronique (23 % c. 14 %, aucun problème). En outre, parmi les personnes touchées, celles dont le problème entraîne des limitations d'activités comptent en proportion plus de non-répondants que les personnes sans limitation (28 % c. 18 %). Il est à noter que les personnes avec limitations se différencient aussi entre elles. Ainsi, environ 37 % de celles qui sont grandement limitées n'ont pas fait l'évaluation de la RP-ET, comparativement à 24 % des personnes moyennement limitées (données non présentées).

Variations selon diverses caractéristiques sociodémographiques

Comme dans l'ensemble de la population, la proportion des hommes et des femmes qui se classent au niveau de compétence 3, 4 ou 5 est plus faible en présence d'un problème de santé chronique qu'en son absence, et ce, tant en littératie qu'en numératie (tableau 4). Ce constat s'applique aussi aux hommes dont le problème de santé chronique entraîne des limitations d'activités, par rapport à ceux qui ne s'en trouvent pas limités. En effet, les premiers se classent au niveau 3, 4 ou 5 en proportion plus faible que les seconds. Les résultats observés chez les femmes montrent une tendance semblable, mais sans écart statistiquement significatif.

Les personnes peu scolarisées et celles qui ne sont ni en emploi ni aux études se retrouvent en plus faible proportion aux niveaux de compétence plus élevés en littératie et en numératie lorsqu'elles présentent un problème de santé chronique.

C'est seulement dans le groupe le plus âgé (45-65 ans) qu'on note une association entre le fait d'avoir ou non un problème de santé chronique et les compétences en traitement de l'information. En présence d'un tel problème, 32 % des individus atteignent ou dépassent le niveau 3 en littératie, comparativement à 38 % en son absence (tableau 4). En numératie, on en compte 29 % par rapport à 36 %. Comme l'indiquent les résultats pour ce groupe d'âge, les personnes non limitées par leur problème de santé chronique ne se différencient pas significativement de celles qui sont exemptes d'un tel problème, tandis que ces deux catégories se distinguent des personnes limitées par des proportions plus fortes au niveau 3, 4 ou 5 en littératie et en numératie (tableau 4).

En ce qui a trait à la scolarité, une association entre la présence d'un problème de santé chronique et les compétences ressort. Elle concerne les personnes dont le plus haut niveau de scolarité atteint est inférieur au DES[24]. Celles-ci affichent un niveau de compétence égal ou supérieur au niveau 3 dans une proportion moindre en présence d'un problème de santé chronique. À l'inverse, leur proportion augmente en l'absence d'un tel problème. Des résultats similaires sont obtenus pour la littératie (10 % c. 17 %) et la numératie (9 % c. 15 %) (tableau 4).

C'est seulement pour les personnes qui ne sont ni en emploi ni aux études (catégorie « Chômeur ou autre ») qu'on note une association entre la présence d'un problème de

23. [illegible]

24. [illegible]

Tableau 4

Proportion de la population de 16 à 65 ans se classant au niveau 3, 4 ou 5 des échelles des compétences en littératie et en numératie selon certaines caractéristiques sociodémographiques et la présence d'un problème de santé chronique, Québec, 2012

	LITTÉRATIE				NUMÉRATIE			
	Présence d'un problème de santé chronique				Présence d'un problème de santé chronique			
	Aucun problème	Au moins un problème			Aucun problème	Au moins un problème		
		Total	Sans limitation d'activités	Avec limitation d'activités		Total	Sans limitation d'activités	Avec limitation d'activités
	%							
Ensemble	**49,1**	**41,2**	**45,7**	**37,0**	**46,1**	**38,5**	**43,5**	**33,6**
Sexe								
Hommes[1]	50,1	41,3	46,5	36,1	51,1	42,3	46,1	36,4
Femmes[1]	48,0	41,2	45,0	37,8	41,0	34,9	39,1	31,1
Groupe d'âge								
16-24 ans	50,8	55,0	56,9	52,7**	49,5	53,3	57,1	48,9*
25-44 ans	58,5	58,3	59,0	53,6	54,1	52,7	56,6	49,0
45-65 ans[1]	37,9	31,8	37,3	26,6	35,6	29,3	34,9	24,0
Plus haut niveau de scolarité atteint								
Niveau inférieur au diplôme d'études secondaires[1]	16,9	9,8*	12,9**	7,9**	14,6	8,4*	12,0**	F
Diplôme d'études secondaires[2]	38,3	33,8	34,4	33,2	36,7	31,4	33,0	29,9
Diplôme d'études postsecondaires – niveau inférieur au baccalauréat	62,6	56,3	59,9	51,0	56,4	53,5	56,3	49,0
Diplôme d'études postsecondaires – baccalauréat ou niveau supérieur	74,1	71,3	73,4	69,0	69,7	66,5	70,6	62,3
Activité principale								
En emploi	51,7	48,6	49,5	47,5	48,6	45,4	46,9	43,6
Étudiant	58,2	60,4	58,8	63,4*	54,9	60,9	58,5	65,2*
Chômeur ou autre[3,4]	34,8	28,2	32,1	23,0	31,2	23,8	30,6	20,1

* Coefficient de variation compris entre 15 % et 25 %, interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation compris entre 25 % et 33 %, estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

F Donnée peu fiable, ne peut être diffusée.

1. Pour cette caractéristique, la proportion de personnes se situant au niveau 3, 4 ou 5 des échelles des compétences en littératie et en numératie varie de façon significative au seuil de 0,05 selon la présence d'un problème de santé chronique et selon qu'il s'agit d'un problème avec ou sans limitation d'activités.
2. Pour cette caractéristique, la proportion de personnes se situant au niveau 3, 4 ou 5 des échelles des compétences en littératie et en numératie varie de façon significative au seuil de 0,05 selon la présence d'un problème de santé chronique. Elle varie aussi significativement en littératie selon la présence d'un problème avec ou sans limitation d'activités (p = 0,048), mais pas en numératie (p = 0,081).
3. Pour cette caractéristique, la proportion de personnes se situant au niveau 3, 4 ou 5 de l'échelle des compétences en numératie varie de façon significative au seuil de 0,05 selon la présence d'un problème de santé chronique.
4. La catégorie « autre » comprend les personnes qui, à la question sur leur activité principale, ont répondu : Retraite, préretraite ; Invalidité permanente ; Service militaire ou communautaire obligatoire ; Tâches domestiques ou responsabilités familiales ; Autre.

Source : Statistique Canada, *Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA)*, 2012, fichier de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

santé chronique et les compétences. À première vue, ces personnes se retrouvent au niveau 3, 4 ou 5 en proportion plus faible si elles ont un problème de santé chronique que si elles n'en ont pas (26 % c. 35 % en littératie; 24 % c. 31 % en numératie). Comme on l'a déjà indiqué pour le groupe des 45-65 ans, les personnes de la catégorie « Chômeur ou autre » qui ne sont pas limitées par leur problème de santé chronique ne se différencient pas significativement de celles qui sont exemptes d'un tel problème. Par contre, à l'instar de ces dernières, elles se distinguent des personnes dont le problème entraîne une limitation d'activités (tableau 4).

Les variations selon l'âge, le plus haut niveau de scolarité atteint et l'activité principale mettent en évidence le fait que c'est principalement chez les personnes les plus âgées, chez les moins scolarisées et chez celles qui ne sont ni en emploi ni aux études qu'on observe des liens entre la présence d'un problème de santé chronique et les compétences. Or, contrairement aux autres groupes, ces personnes sont généralement plus susceptibles non seulement de déclarer un problème de santé chronique, mais aussi de percevoir leur état de santé comme passable ou mauvais (tableau A). Les données du PEICA indiquent d'ailleurs que, parmi les individus ayant une perception négative de leur santé, environ 61 % déclarent au moins un problème de santé chronique et 65 % connaissent des limitations d'activités en raison d'un tel problème (données non présentées).

APERÇU DES ANALYSES MULTIVARIÉES

Somme toute, les analyses bivariées menées à partir des données du PEICA pour le Québec montrent que les compétences des adultes en littératie, en numératie et en RP-ET sont associées à la perception de l'état de santé et à la présence d'un problème de santé chronique. Toutefois, d'autres variables indépendantes peuvent interagir dans les relations entre la santé et les compétences clés en traitement de l'information. Les analyses menées en fonction de variables sociodémographiques telles que le sexe, l'âge, le niveau de scolarité et l'activité principale des individus ont fait ressortir certains liens entre les indicateurs de santé et les compétences en littératie et en numératie.

Les liens entre la perception de l'état de santé et les compétences en littératie et en numératie se maintiennent même lorsqu'on prend en compte le sexe, l'âge, le niveau de scolarité des individus et celui de leurs parents.

On peut se demander jusqu'à quel point les liens entre les indicateurs de santé et les compétences en littératie et en numératie se maintiennent lorsqu'on tient compte de certaines caractéristiques sociodémographiques, qui sont liées à la fois aux indicateurs de santé et aux compétences. Afin de voir ce qu'il en est, des modèles de régression logistique ont été utilisés. Les variables sociodémographiques de base retenues comme variables indépendantes sont le sexe, l'âge, le plus haut niveau de scolarité atteint et la scolarité des parents. Deux variables explicatives relatives à la santé sont aussi incluses comme variables indépendantes dans les modèles, soit la perception de l'état de santé et la présence d'un problème de santé chronique, avec ou sans limitation d'activités. La variable dépendante mesurée est le classement au niveau 3, 4 ou 5 en littératie et en numératie.

En ce qui a trait à la perception de l'état de santé, les analyses multivariées confirment que les personnes ne se considérant pas en bonne santé sont moins susceptibles d'atteindre le niveau 3, 4 ou 5 en littératie et en numératie que celles déclarant avoir une bonne santé[26] (données non présentées).

Il est à noter qu'on n'observe aucun résultat significatif dans les analyses de régression logistique pour la présence d'un problème de santé chronique, avec ou sans limitation d'activités, lorsque cette variable indépendante est incluse dans le modèle. Son rôle serait donc moins probant quand on tient compte de certaines variables sociodémographiques. Cela signifie que les liens décelés par l'analyse bivariée entre la présence d'un problème de santé chronique, avec ou sans limitation d'activités, et les compétences en littératie comme en numératie pourraient être attribuables au fait que les personnes ayant un tel problème sont plus susceptibles d'être surreprésentées parmi les 45-65 ans et les personnes moins scolarisées. Une analyse de régression pas à pas (*stepwise*) pourrait permettre d'identifier plus précisément la contribution de chacune des variables.

CONCLUSION

En 2003, les résultats de l'EIACA pour le Québec avaient montré que le niveau de compétence en compréhension de textes suivis était associé de façon positive à l'état de santé physique de la population adulte. En 2012, les données du PEICA révèlent que, parmi les Québécois âgés de 16 à 65 ans, les personnes estimant jouir d'une santé excellente ou très bonne obtiennent en général des résultats supérieurs à ceux des personnes se percevant en bonne santé et ces dernières, de meilleurs résultats que celles évaluant leur santé comme passable ou mauvaise. Ces constats se rapportent aux trois domaines de compétence, soit la littératie, la numératie et la résolution de problèmes dans des environnements technologiques (RP-ET). Il en est de même pour les personnes n'ayant aucun problème de santé chronique par rapport

26. La catégorie « bonne santé » est la catégorie de référence (rapport de cotes : 1,00). La catégorie « santé excellente ou très bonne » ne présente pas d'écart statistiquement significatif avec celle-ci. Pour la catégorie « santé passable ou mauvaise », les rapports de cotes sont les suivants : [illegible] en littératie et [illegible] en numératie.

à celles qui en présentent au moins un et pour les personnes dont le problème de santé chronique n'entraîne aucune limitation d'activités, comparativement à celles qui sont grandement ou moyennement limitées.

Selon le PEICA, près des deux tiers des adultes québécois ne se percevant pas en bonne santé ont au moins un problème de santé chronique entraînant des limitations d'activités plus ou moins importantes. Compte tenu de la prévalence accrue de ces problèmes dans les groupes plus âgés, il n'est pas étonnant de constater que la proportion des 45-65 ans est plus élevée parmi les personnes ne se considérant pas en bonne santé que dans les deux autres catégories de santé perçue. C'est ce qu'on observe aussi pour les personnes faiblement scolarisées et pour celles qui ne sont ni sur le marché du travail ni aux études (tableau A). Or, dans l'ensemble de la population, ces groupes sont généralement moins avantagés que les autres sur le plan des compétences clés en traitement de l'information. Il est à noter que les générations plus anciennes sont aussi moins scolarisées que les suivantes.

Les problèmes notés en matière de santé concernant surtout les groupes plus âgés dans la population de 16 à 65 ans visée par le PEICA, il existe un large éventail de [illegible] dans lesquels ces personnes se trouvent confrontées à des difficultés de compréhension ou d'expression. Il importe de déterminer ces difficultés pour mieux les prendre en compte. La gestion des problèmes de santé chroniques n'est que l'un des nombreux exemples de l'intérêt à accorder à une approche transectorielle, appuyée par la recherche. La situation des personnes limitées dans leurs activités en raison d'un tel problème, souvent plus âgées et faiblement scolarisées, demande une attention particulière. D'une part, en comparaison des usagers sans problème de santé chronique, l'affiliation à un médecin de famille et le recours aux services sociaux et de santé sont plus répandus parmi ces personnes. D'autre part, ces dernières sont proportionnellement plus nombreuses à se dire « peu ou pas du tout satisfaites » de l'organisation des services, notamment pour des items se rapportant à la simplicité de la prestation (« peu de formalités pour obtenir un service », « langage facile à comprendre » et « documentation facile à comprendre »).

L'environnement, qu'il soit social, économique ou culturel, joue un rôle déterminant dans la distribution des compétences clés en traitement de l'information. Des analyses effectuées durant la préparation de cette publication, à partir des données du PEICA pour le Québec, montrent que des indicateurs de bien-être individuel et collectif, comme la confiance interpersonnelle et l'engagement civique (par exemple, le bénévolat), sont associés aux compétences en littératie, en numératie et en RP-ET. Ces analyses mènent au même constat qu'en matière de santé : les personnes confiantes en autrui et les bénévoles atteignent plus fréquemment le niveau 3 ou un niveau supérieur de compétence que celles n'ayant pas confiance ou ne faisant pas de bénévolat.

Même si on ne peut établir un lien de cause à effet entre la confiance interpersonnelle ou le bénévolat et les compétences clés en traitement de l'information, on peut supposer qu'il s'agit là de facteurs potentiellement favorables. En effet, la confiance peut encourager les échanges et l'initiative lorsqu'elle s'exerce envers les personnes vivant dans le même environnement. Par ailleurs, la pratique d'activités de lecture et d'écriture au sein d'organismes bénévoles qui requièrent et favorisent de telles activités peut contribuer au développement de certaines compétences.

En dehors de l'environnement scolaire et du cadre professionnel, il existe un large éventail d'autres activités ou stratégies à explorer afin d'améliorer la situation de différents groupes de population ayant de faibles compétences ou disposant de peu de moyens pour conserver les compétences acquises. Des études [illegible] de contrer ou de prévenir la stigmatisation ou la culpabilisation des personnes ayant des compétences réduites en littératie dans la gestion de leur santé et dans l'utilisation des services suggèrent, entre autres, de revoir les stratégies de recherche afin d'appuyer les actions menées auprès de groupes ciblés dans la population ou de promouvoir des approches soutenant la capacité d'agir des citoyens. Par ailleurs, une meilleure compréhension des dimensions sanitaires et sociales liées aux compétences pourrait permettre de prendre en compte le rôle important de divers aspects du bien-être individuel et collectif dans l'élaboration de projets visant le développement et le maintien des compétences clés en traitement de l'information.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Annexe – Tableau A

Caractéristiques sociodémographiques selon la perception de l'état de santé et selon la présence d'un problème de santé chronique, population de 16 à 65 ans, Québec, 2012

	Perception de l'état de santé			Présence d'un problème de santé chronique	
	[illegible]	Bon	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	%				
Ensemble	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Sexe					
Hommes	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Femmes	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Groupe d'âge					
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]					
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Activité principale					
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

Source: [illegible]

À propos de l'enquête

Le *Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes* (PEICA) est une enquête internationale, réalisée sous l'égide de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui a pour objectif principal d'évaluer les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques auprès d'adultes de 16 à 65 ans. Le Canada compte parmi les 24 pays qui ont participé au premier cycle du PEICA en 2011 et 2012. Statistique Canada était le maître d'œuvre du volet canadien, mené sous le leadership du Conseil des ministres de l'Éducation (Canada) et d'Emploi et Développement social Canada (EDSC), en collaboration avec plusieurs institutions et ministères, dont le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR) du Québec.

Le PEICA fournit des mesures comparables à l'échelle internationale à partir de données recueillies dans le cadre d'une enquête comportant un questionnaire contextuel (variables sociodémographiques, activités de formation, santé, engagement politique et social, etc.), une évaluation directe des compétences et un module sur l'utilisation des compétences au travail et dans la vie quotidienne. Au Québec, plus de 5 000 personnes âgées de 16 à 65 ans ont participé à l'enquête.

Ce bulletin est réalisé par la Direction des statistiques de santé en vertu du Programme de mise en valeur des données d'enquêtes de l'ISQ.

Ont collaboré à la réalisation :
Kate Dupont, validation des données
Direction des statistiques de santé

Micheline Lampron (pigiste), révision linguistique
Gabrielle Tardif et Anne-Marie Roy, mise en page
Direction des communications

Pour plus de renseignements :
Francine Bernèche
Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, 5e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8

Téléphone : 514 873-4749 (poste 6136)
Télécopieur : 514 864-9919
Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
4e trimestre 2015
ISSN 1911-5539 (PDF)

© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2006

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.

Institut de la statistique Québec